

介護保険

要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

該当するものに○をしてください。

新規 更新 要支援からの新規申請 変更 転入

申請年月日

令和6年4月1日

該当するものに  
チェックをお願いします。  
ます。

65歳以上で国民健康保険  
または後期高齢者医療保  
険に加入されている方は  
「医療保険」欄の記入は  
不要です。

0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 個人番号		9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9						
医療 保険	保険者名	後期高齢者			保険者番号	39202056		
	被保険者証	記号				番号	12345678	枝番
険 者	カイゴ タロウ		生年月日	明・大・昭 (86)歳 10年 4月 5日				
	介護 太郎		性別	男・女				
〒 395- 8501 飯田市 大久保町2534		電話番号 0265 - 22 - 4511						
前回の要介護 認定の結果等	※要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入		有効期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日			
	※14日以内に他自治体 から転入した者のみ 記入		転出元自治体(市町村)名[ 市 ] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。) 「はい」の場合、申請日 年 月 日 はい・いいえ					
過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院・入所の 有無(○を)	入院・ 入所施設名	●●病院		入院・入所の期間 令和6年1/30~2/28				
	所在地	有		現在も入院・入所中				
無								

申 請 者 (提出代行者)	氏名 (名称)	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) 担当者名( )	
	住所	〒 - 電話番号 -	

主治医	氏名	診療科(内科) 長寿 花子	医療機関名	直近の受診日: 令和6年3月20日 次回受診予定日: 令和6年5月15日 ●●病院
	所在地	〒 電話番号		

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※ 医療保険証を必ず持参してください。

特定疾病名	※第二号被保険者の方のみ記載
-------	----------------

裏面あり

サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査医意見書(以下「調査内容等」という。)を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業所に提出することに同意します。

記載した医師又は調査認定に従事した調査員に提示すること及びこのことに対する同意を飯田市情報公開条例第14条2項に規定する「公開決定に反対する意思がない」という意見書を提出したものと見なすことに同意します。

○有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は、延期通知を省略することに同意します。

※注1 被保険者氏名欄に必ず署名してください。

※注2 【介護保険証を必ず添付してください。】

被保険者氏名 介護 太郎

(裏面もご記入ください)

被保険者氏名 【 介護 太郎 】	
被保険者以外の連絡人氏名	介護 三郎 被保険者との関係 ( 長男 )
連絡先	携帯電話 ( 999- 999 - 9999 ) 自宅 ( 88 - 8888 )
	その他 ( )

## “お聞かせください”

(※新規・変更申請のみ) <b>申請理由</b>	身体面	<input checked="" type="checkbox"/> 骨折 (部位 右大腿骨 ) <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 麻痺 (部位 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	認知面	<input type="checkbox"/> 認知症状の進行 (例：物忘れ・物盗られ・事実では <input type="checkbox"/> 精神疾患によるもの <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	その他	<input type="checkbox"/> 独居/日中独居になるため <input type="checkbox"/> 入浴したい <input type="checkbox"/> 他者交流 <input type="checkbox"/> 外出したい
	具体的な状況	転倒により右大腿骨を骨折し、ベッド上での生活となり介護保険のサービスを利用したい。
	希望するサービス (複数選択可)	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具レンタル <input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 施設入所希望

更新申請の場合、申請理由は記入不要です。

<b>利用サービスの状況</b>	●デイサービス/デイケア/ 総合事業利用日： 月・火・水・木・金・土・日 【 利用施設名 】
	●ショートステイ利用日： 利用施設名 前月～当月～来月を詳しく記入 【 】
	●その他留守になる日/曜日： 透析・受診等

<b>調査について</b>	希望日	第1希望： 4月 15日 木曜日 9：30 / 10：30 <b>13:30</b> 第2希望： 4月 20日 火曜日 9：30 / 10：30 <b>13:30</b>	※土日祝日・年末年始を除く ※午後は病院・施設の優先枠となりますので、ご希望に添えない場合もあります
	希望場所 (希望する場所1つに☑)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 住所地以外の住居： ( 宅：住所 ) <input checked="" type="checkbox"/> 病院： ○○ 病院 2 階 200 号室 入院日 3/15 ~ 退院予定日 4/30 <input type="checkbox"/> 施設： 施設名 階 入所日 / ~ 退所予定日 /	
	立会者	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 (続柄 長男 ) <input type="checkbox"/> 包括職員 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネ ( ○○○ ) <input checked="" type="checkbox"/> 相談員 ( △△△ ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	

※以下 飯田市記入欄

予約受付 年 月 時間 : Tel	<h1>飯田市記入欄</h1>		日 ( 確認者 ) 窓口 と決定
本人・代理人 身元確認 番号確認	一人暮らし 個人番号カード 保有特定個人情報 通知カード 住基検索 個人番号記載住民票・記載事項証明	負割証・減額証 他 ( ) 代理確認 法定 (戸・住・成後・他 ) 委任状 本人の一号/二号確認 ( )	<input type="checkbox"/> 社員証 確認者 /